

TERMO DE RESPONSABILIDADE - LIBERAÇÃO ON LINE

Data: [REDACTED] / 12 / 20[REDACTED].

Pelo presente instrumento e de acordo com as disposições do Contrato de Credenciamento Odontolife, eu, Dr.(a) [REDACTED] via Yamachita da [REDACTED], portador do CRO [REDACTED] 15 649 [REDACTED] me responsabilizo em atuar diretamente com o sistema de liberação on-line e declaro que estou ciente de que todos os exames, atos e tratamentos deverão ser submetidos à liberação online conforme instruções contidas no *Manual do Credenciado Odontolife*.

Afirmo estar ciente de que receberei as credenciais (login e senha) para acesso exclusivo ao site www.odontolifeodontologia.com.br após a assinatura deste termo e declaro que sou responsável pela segurança destas informações bem como pelas ações que realizar no sistema de liberações. [REDACTED] via Yamachita da [REDACTED]

Como representante neste treinamento, eu _____ declaro tê-lo recebido, para a correta utilização do sistema de liberação on-line, visto os conteúdos apresentados abaixo:

- Apresentação do site.
- Regras Técnicas.
- Como lançar guias.
- Status das guias e Validação de Token.
- Informações e preenchimento de Guias (campos 5, 7, 40, 42, 50, 51 e 52).
- Ato Complementar.
- Cobrança de atos Cobertos
- Negativa de Atendimento
- Aplicativo Odontolife.
- Produção e Faturamento (Cronograma e Entrega de Produção).

Ministrante: Amanda

		MUITO SATISFEITO	SATISFEITO	INSATISFEITO	MUITO INSATISFEITO
MINISTRANTE	DIDATICA	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
	SEQUENCIA LÓGICA	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
TREINAMENTO	PERIODO DE TREINAMENTO	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
	MATERIAL DA APRESENTAÇÃO	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
	FUNCIONALIDADE DO SISTEMA	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

R [REDACTED] Preto 05 de 12 2024

Cidade/UF

Dia

Mês

Ano

Assinatura e Carimbo

Ketlyn
Consultor Responsável